UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 23

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hernies de l'Appendice à gauche

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Janvier 1922

PAR

BARRY Philippe

Né à Vauvert (Gard), le 14 août 1894.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
MASSABUAU, Professeur.
ETIENNE, Agrégé.
LAPEYRE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN
Rue Vieille-Intendance, 5

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DE L'APPENDICE A GAUCHE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0142

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 23

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hernies de l'Appendice à gauche

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Janvier 1922

PAR

BARRY Philippe

Né à Vauvert (Gard), le 14 août 1894.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
MASSABUAU, Professeur.
ETIENNE, Agrégé.
LAPEYRE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN
Rue Vieille-Intendance, 5

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRY FELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et Histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et Matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS H.
Médecine légale et Toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE; *assesseur.*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies ment. et nerv.	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU.

Honorariat

DOYENS HONORAIRES : MM. VIALLETON et MAIRET.

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

SECRÉTAIRES HONORAIRES : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIÈRE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL.

Agrégés en Exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchem.	DELMAS (P.).
	MARGAROT.	Histoire nat.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *professeur-président.*
MASSABUAU, *professeur.*
MM. ETIENNE, *agrégé.*
LAPEYRE, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS ET AMIS

A LA MÉMOIRE
DE MES CAMARADES DE COMBAT
MORTS POUR LA FRANCE

P. BARRY.

A M. LE DOCTEUR AIMÉ DELORD

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Qui nous a aidé et conseillé dans nos recherches.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET D'ORTHOPÉDIE

Hommage de reconnaissance pour la marque de sympathie qu'il nous a donnée en nous inspirant le sujet de cette Thèse.

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

P. BARRY.

INTRODUCTION

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, dans le service de clinique chirurgicale infantile, un cas de hernie de l'appendice à gauche. Cette observation, objet d'une communication à la Société des Sciences médicales de Montpellier, par MM. Estor, Delord et Guibal (janvier 1922), a été le point de départ de notre étude. Nous avons été aussi amené à examiner la rareté de cette situation de l'appendice, les différentes hypothèses que l'on peut formuler pour l'expliquer, et enfin à attirer l'attention sur les différentes complications qui peuvent survenir.

Sans doute, l'on a depuis quelque temps beaucoup écrit sur la présence de l'appendice dans un sac herniaire en général, et sur l'appendicite herniaire, mais on a peu parlé de la présence de l'appendice dans une hernie gauche. C'est surtout ce point que notre modeste étude a l'intention de préciser.

HISTORIQUE

Jusqu'en 1837, les ouvrages français ne font aucune mention de la présence de l'appendice à gauche. Ricard cite seulement les suppurations gauches dans l'appendicite ordinaire. Duplay (clinique de l'Hôtel-Dieu, 1836) ne mentionne pas le siège de l'appendice à gauche. En 1837, Dormoy, dans sa thèse, en parle le premier. Depuis cette époque, Jalaguier, Talamon en font mention. Après la période de l'étude clinique, Broca étudie le mode de formation de ces hernies.

M. le Professeur Estor, dans son mémoire sur les hernies étranglées chez le nourrisson, paru dans la *Revue chirurgicale*, en 1902 nous a appris que l'appendice était plus fréquemment hernié que les auteurs ne l'avaient indiqué et que, de plus, l'appendicite herniaire, au moins chez l'enfant, était aussi grave, sinon plus, que l'étranglement pur et simple.

Quinard, dans le *Nouveau Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, consacre une page à l'appendicite à gauche.

Griffith, en 1909, a enfin cité un cas de hernie inguinale gauche à sac complet contenant l'appendice avec mésocolon très long.

ÉTIOLOGIE

La présence de l'appendice à gauche a été très rarement constatée si on compare le petit nombre de faits observés à la grande quantité d'appendices enlevés depuis ces 20 dernières années.

M. Walther, au Congrès de Chirurgie, cite 3 cas seulement sur 3.000 appendicites opérées, soit une proportion de 1 pour 1.000.

De plus, outre le cas de Chargan (*Journal de la Société de Médecine de Nantes*, 10 mars 1837) concernant un enfant de 3 mois porteur d'une hernie inguinale gauche irréductible ou l'on trouve le cœcum et l'appendice dans le sac, Hédrich a publié, en 1889, dans la *Gazette Médicale de Strasbourg*, 14 observations de hernies inguinales du cœcum à gauche. Plus récemment, Vautrin a communiqué, à la Société de Médecine de Nancy, un cas d'appendice hernié dans le canal inguinal gauche avec appendicite.

Il serait intéressant, au point de vue étiologique, de savoir si la situation gauche de l'appendice prédispose à son infection.

Le diagnostic de cœcum à gauche n'est pas fait en dehors de l'appendicite, et l'état de l'appendice n'est pas décrit dans les autopsies ou les résultats de cure radicale.

Dans l'observation du professeur Estor, nous trouvons un appendice absolument normal, comme longueur et comme volume et comme couleur ; libre de toutes adhérences.

Cependant il semble que les coudures subies par le colon transverse ne peuvent que favoriser la coprostase, les troubles de nutrition de l'appendice qui se trouve en état de moindre défense, vis-à-vis de l'infection.

PATHOGÉNIE

Ainsi que le dit M. le Professeur Estor. (Hernies étranglées du nourrisson *Revue de chirurgie 1902*) :

« Chez l'enfant, le cœcum est placé au-dessus de l'épine » iliaque dans 72 cas sur 100, tandis que chez l'adulte ce » n'est que dans la proportion de 9,7 pour 100 que l'on » retrouve cette même situation. En conséquence, la position » élevée chez l'enfant paraît devoir s'opposer au développe- » ment des hernies appendiculaires ».

En fait pour qu'une hernie appendiculaire soit possible, une anomalie est nécessaire.

5 causes peuvent expliquer la présence de la hernie de l'appendice à gauche :

1° La fixation à gauche de l'appendice par des adhérences le reliant aux organes de la région, mais cette cause est secondaire car si les adhérences inflammatoires jouent leur rôle, une des causes suivantes est indispensable pour fixer l'appendice à gauche;

2° La longueur exagérée de l'appendice (du reste très rarement signalée).

On cite des cas d'appendice de 20 à 24 centimètres de longueur. Si le méso est court, l'appendice peut prendre des positions très variables : mais, en moyenne, l'appendice a 4 cent. 9 chez l'enfant et 3 cent. chez l'adulte (Estor) ;

3° L'inversion des viscères, partielle ou totale, est une malformation très rare, qui ne nous arrêtera pas ;

4° L'absence et l'arrêt de la torsion de l'anse intestinale chez l'embryon.

Normalement, l'anse ombilicale est primitivement placée dans le sens sagittal. Sur l'axe qui réunit les deux extrémités fixes de l'intestin qui augmentent plus vite de longueur que le tronc, l'anse ombilicale intermédiaire, libre, va subir une torsion de 90° et le plan de l'anse est devenu transversal, la portion ascendante étant en bas et à droite, la portion descendante en haut et à gauche. Le cœcum est ainsi porté en haut et à gauche, si la torsion est arrêtée le cœcum peut aussi rester à gauche. Les 2 portions de l'anse continuant à se développer regagnent le plan sagittal, mais le segment ascendant est devenu sépérieur, et le segment descendant inférieur.

« Dans une dernière phase, dit Freder, l'accroissement en largeur du duodenum se poursuivant la coudure duodéno-jéjunale décrit encore un arc de 90°. Elle franchit donc la ligne médiane au-dessous de la mésentérique, passe à gauche de la ligne médiane et de l'artère. Elle entraine le duodénum et son méso. Les anses de l'intestin soulèvent la portion ascendente et chassent ainsi devant elles le cœcum et le colon qui se trouvent reportés sur la face inférieure du foie. Le gros intestin continue à s'accroître et, arrêté par la paroi abdominale latérale, va tout naturellement se développer vers le bas : le cœcum arrive ainsi dans la fosse iliaque droite.

Les anomalies de la torsion sont extrêmement rares. Elles consistent dans l'arrêt du cœcum aux premières stades de la torsion et expliquent très bien la possibilité du siège à gauche de l'appendice.

5° Absence de fixation du mesocolon ascendant primitif sur le péritoine sous-jacent.

Le péritoine va fixer le tube digestif ainsi disposé.

Le mesentèrium commune est étalé transversalement devant la paroi postérieure au 4e mois de la vie intra-utérine. Il se divise en deux portions par suite d'une adhérence avec le péritoine sous-jacent. On a ainsi deux mésentères, l'un droit répond à l'intestin grêle, l'autre gauche au colon. Ce dernier va s'accoler au péritoine postérieur sous-jacent. L'accolement se fait avec la face antérieure du duodenum puis avec le mesoduodenum, puis il progresse de haut en bas jusqu'au cœcum. Ce fascia d'accolement remplace ainsi le mesocolon ascendant.

Si le meso, par anomalie, persiste, le colon ascendant peut être d'autant plus libre que ce meso est plus large. Il peut passer de droite à gauche, et être fixé là par quelque adhérence. Cette anomalie serait plus fréquente que l'anomalie de torsion de l'anse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège. — Tous les cas de hernie de l'appendice signalés à gauche se trouvaient dans la région inguinale. Aucune observation ne fait mention de hernie crurale.

Sac herniaire. — Si à droite le sac est quelquefois absent ou incomplet, à gauche il a toujours été signalé complet.

Contenu du sac. — L'appendice descend le premier, pointe première. Puis il descend petit à petit et le cœcum arrive à se trouver dans le sac herniaire, mais après très longtemps. En somme, la hernie appendiculaire pure reste la règle, du moins pendant longtemps.

Une opinion généralement admise, c'est que l'appendice hernié est constamment et grandement altéré. Il n'en était pas ainsi dans le cas opéré par M. Estor, où l'appendice fut trouvé tout à fait sain.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les signes de la hernie appendiculaire pure sont trop peu précis pour être décrits et le plus souvent le diagnostic n'en est pas fait. Sans doute la présence d'un organe ferme, allongé, du volume d'un crayon pourrait mettre sur la voie. Dans tous les cas à gauche la lésion est trop rare pour qu'on puisse y penser. Le malade dont nous relatons l'observation avait une hernie volumineuse, incoercible dans laquelle on n'aurait jamais pu se douter de la présence d'un appendice.

Ces hernies selon la loi habituelle peuvent être réductibles ou irréductibles par adhérences congénitales ou inflammatoires. Elles peuvent surtout subir des complications graves : l'appendicite herniaire et l'étranglement de l'appendice ; lésions qui n'ont rien de particulier à la situation de l'appendice gauche.

Le diagnostic déjà difficile à droite est presque impossible à gauche et c'est avec une épiplocèle qu'on confondra l'appendice hernié. En cas d'appendicite herniaire, ce sera le diagnostic d'entérocèle étranglé qui l'emportera généralement, malgré le passage des gaz souvent constaté dans l'appendicite herniaire. L'erreur sera peu préjudiciable au malade puisqu'elle conduira à l'intervention d'urgence.

TRAITEMENT

Nous n'insisteront pas sur le traitement. Disons seulement que la majorité des auteurs s'accorde à déclarer qu'il est préférable d'enlever tout appendice qui apparaît au cours de la cure radicale d'une hernie appendiculaire simple. C'est ce qu'à fait le professeur Estor chez le malade dont nous relatons l'observation.

OBSERVATION

Le 18 décembre 1921, le jeune P. B..., 2 ans 1/2, entre dans le service de chirurgie infantile pour une hernie inguinale congénitale gauche.

La hernie est volumineuse, parfaitement réductible, un gargouillement très sensible accompagne la réduction, qui laisse percevoir un anneau inguinal très large.

La hernie se reproduit instantanément lorsqu'on fait asseoir l'enfant.

Intervention le 5 janvier : On trouve dans le sac, comme on le pensait : du grêle hernie, et en plus l'appendice, long et mince, qui se présente couché, sans adhérences ni signes inflammatoires.

En l'attirant hors du sac, on amène le cœcum, qui ne s'y trouve pas normalement.

L'appendice est reséqué au thermo-cautère puis enfoui.

Marche de l'intervention : normale.

Anesthésie au chloroforme (le malade étant fréquemment enrhumé).

Incidents : Le malade reste quelques instants en apnée. On lui prend la langue, et quelques tentatives de respiration artificielle lui rendent son rythme respiratoire normal.

CONCLUSIONS

1° La présence de l'appendice dans une hernie gauche est rare. Nous n'avons pu en retrouver que 15 cas.

2° Si rien ne s'oppose à ce que l'appendice puisse être trouvé dans les différents sièges de hernies gauches, dans les cas publiés c'est toujours dans un sac de hernie inguinale qu'il a été rencontré.

3° Quatre causes principales peuvent être invoquées pour expliquer la présence de l'appendice dans une hernie gauche :

a) L'arrêt de la torsion de l'anse intestinale chez l'embryon ;

b) L'absence de fixation du mecocolon ascendant primitif sur le péritoine sous-jacent ;

c) La longueur exagérée de l'appendice ;

d) L'inversion des viscères, très rare.

4° Le diagnostic avant l'intervention est impossible, et c'est une découverte qui est faite pendant l'opération. L'appendicite herniaire à gauche ne peut pas se diagnostiquer, on pense à une hernie étranglée et on opère d'urgence : l'erreur de diagnostic n'a donc aucun ennui.

5° Le traitement est très nettement indiqué : il est préférable d'enlever l'appendice toutes les fois qu'il apparaît dans un sac herniaire pendant la cure radicale.

BIBLIOGRAPHIE

Alti. — Thèse de Paris, 1893-94.

Casse et Charpin. — Etranglement interne dans la fossette ileo appendiculaire (Paris Médical, 1911-1912).

Cayotte. — Thèse Nancy, novembre 1913. Appendicite herniaire.

Chargan. — Journal de la Société de Chirurgie de Nantes, 1847.

Cunning. — Hernie inguinale avec présence dans le sac de l'appendice ayant subi une attaque d'appendicite (Méd. Press., 1908, p. 430).

Delore et Chalier. — Lyon Médical, 1907, p. 531.

Demoulin. — Société de Chirurgie, 1900, p. 1063.

Dubar. — Cœcum et appendice dans une hernie inguinale gauche. Journal de Chirurgie et Thérapeutique enfantile, 1893-94, p. 424.

Dujarier et Castaigne — Société anatomique, 1899.

Dujoie. — Cœcum et appendice dans une hernie inguinale gauche.

Duret. — Thèse d'agrégation, 1883.

Estor. — Hernie étranglée chez le nourrisson. Revue de Chirurgie 1902.

Estor, Delord et Guibal. — Présence de l'appendice dans un sac inguinal gauche. Société des Sciences Médicales de Montpellier, janvier 1921.

Ewart. — The relation of the vermiform appendix to external hernia.

Goutenègre. — Hernies du segment ileo-cœcal. Thèse Toulouse, mai 1910.

Griffith. — Hernie inguinale gauche contenant l'appendice (Lancet, 9 janvier 1909).

Hoffmann. — Hernie de l'appendice.

Jaboulay. — in Traité de Chirurgie de Delbet et Le Dentu.

Jacquemin. — Thèse de Paris, 1905.

Kirmisson. — Hernie isolée de l'appendice ileo cœcal du côté droit, sans sac péritonéal ; opération, guérison (Revue de Chirurgie, 1908).

— Journal des Pratriciens, février 1913, p. 115.

Lafforgue. — Tumeurs primitives de l'appendice (Thèse de Lyon, 1893, contenant les observations de Richelot, Koerlé, Nové-Josserand.

Le Duigou. — Thèse de Paris, 1905.

Legueu. — Société de Chirurgie, décembre 1904.

Lemart-Noulin. — Arch. gén. de Clin., novembre 1912.

Lennart-Noerlin. — La hernie appendiculaire et l'appendicite herniaire.

Leplay. — Trois cas (Société anatomique, avril 1904).

Lévy. — Hernie de l'appendice (Archives provinciales de Chirurgie, 1903.

Longuet. — De l'appendicocèle d'après les Morgagniens (Progrès Médical, 1906).

Massoulard. — Archives prov. de Chirurgie, 1906, p. 220.

Mériel et Lefèbre. — Hernie congénitale de l'appendice (Toulouse Médical, 1911).

Merlo. — Thèse Montpellier, mai 1909. Appendicite herniaire.

Moty. — Société de Chirurgie, 1902-04.

Pascal et Pillet. — Apoplexie de l'appendice (Toulouse Médical, 1911).

Pollosson. — Etranglement herniaire de l'appendice iléo-cœcal (Lyon Médical, 1893).

Renault. — Hernie du cœcum et de l'S iliaque considérée surtout chez l'enfant (Thèse de Paris, 1897-98).

Rendle. — Un cas de hernie inguinale gauche du cœcum et de l'appendice (Lancet 1908, p. 1076.

Rivet. — Gazette des Hôpitaux (7 juillet 1898).

Rolland. — Thèse Montpellier, juillet 1913.

Siliock. — Brit. Méd. Journal, Février 1898.

Tariel. — Intestin grêle plus une partie de l'appendice dans une hernie inguinale gauche.

Testut. — Traité d'Anatomie.

Thohy. — Appendicite gauche. Thèse Paris, novembre 1913.

William B. Colley. — The Journal of the Médical Science, mai 1895, p. 487.

En ma qualité de Censeur de tour j'ai lu la Thèse ayant pour titre : *Contribution a l'étude des Hernies de l'Appendice à gauche,* par M Philippe Barry.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression

Montpellier, le 16 janvier 1922.

Le Professeur,
ESTOR.

Vu :
Montpellier, le 16 janvier 1922.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 janvier 1922.
Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !